Deutscher Bundestag **Drucksache 14/9810**

14. Wahlperiode 19. 07. 2002

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), Dr. Wolf Bauer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 14/9728 –

Scheitern der Verhandlungen zur Vereinbarung eines Optionsmodells für den Einstieg in die Fallpauschalen-Abrechnung ab 1. Januar 2003

Vorbemerkung der Fragesteller

Die Verhandlungen zwischen der Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG), der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der privaten Krankenversicherung (PKV) zur Vereinbarung eines Optionsmodells für den Einstieg in die Fallpauschalen-Abrechnung ab 1. Januar 2003 sind am 24. Juni gescheitert. Die DKG hat förmlich gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) das Scheitern der Verhandlungen erklärt und einen Lösungsvorschlag zum Erlass einer Rechtsverordnung durch das BMG unterbreitet. Die Ausgestaltung des neuen Abrechnungssystems liegt nun in den Händen des BMG. Anlässlich einer Veranstaltung des Bundesverbandes Deutscher Privatkrankenanstalten e. V. hat die Parlamentarische Staatssekretärin bei der Bundesministerin für Gesundheit, Gudrun Schaich-Walch, am 28. Juni 2002 signalisiert, dass eine 1:1-Übernahme des australischen Systems wohl nicht in Betracht komme. Andererseits räumte die Parlamentarische Staatssekretärin auch ein, dass ein vernünftiges, auch deutschen Verhältnissen angepasstes und fachlich fundiertes Fallpauschalensystem zeitlich nicht zu machen sei. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Krankenhäuser, die dieses Optionsmodell mitmachen wollen, spätestens Mitte September die entsprechenden „Tools“ kennen müssen. Nach dem Gesetz hat das BMG nun Gelegenheit, die Einführungsmodalitäten für das Jahr 2003 im Zuge einer Rechtsverordnung zu regeln. Die Krankenhäuser müssen bis zum 31. Oktober 2002 mitteilen, ob sie im kommenden Jahr im Rahmen des Optionsmodells an dem neuen Fallpauschalensystem teilnehmen wollen.

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 17. Juli 2002 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

1. Wird das BMG mittels einer Ersatzvornahme durch Rechtsverordnung kurzfristig ein australisches System in Deutschland einführen?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird von der Möglichkeit einer Ersatzvornahme durch Ministerverordnung nach § 17b Abs. 7 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) Gebrauch machen, nachdem die Deutsche Krankenhausgesellschaft am 17. Mai und 24. Juni 2002 das Scheitern der Verhandlungen über ein Optionsmodell 2003 erklärt hat. Das BMG wird sich bei den notwendigen Entscheidungen in dem bisher von den Selbstverwaltungspartnern nach § 17b KHG diskutierten Rahmen bewegen; eine unveränderte Übernahme eines australischen Systems ist nicht vorgesehen.

2. Wenn nein, inwieweit werden die Vorarbeiten der Selbstverwaltung für ein deutsches Fallpauschalensystem und die Arbeiten des DRG-Instituts (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH/InEK) in die Ersatzvornahme einbezogen?

Soweit auf Vorarbeiten der Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG zurückgegriffen werden kann, soll dies erfolgen. Konkret bedeutet dies, dass auf die für die Kalkulationen in deutschen Krankenhäusern erhobenen Kosten- und Leistungsdaten zurückgegriffen wird. Ebenso werden die Ergebnisse des im Auftrag der Selbstverwaltungspartner durch das InEK geschlossenen Werkvertrags für die „Übersetzung/Übertragung des AR-DRG-Systems Version 4.1 und die Bereitstellung der notwendigen Materialien“ genutzt. Es handelt sich dabei u. a. um die Erstellung eines Mappings (Zuordnung deutscher medizinischer Schlüssel zu australischen Schlüsseln), eine deutschen Übersetzung des Handbuchs zum australischen DRG-System (u. a. Zuordnungstabellen von Diagnosen und Prozeduren zu den Fallpauschalen) sowie die Entwicklung eines EDV-gestützten DRG-Definitions-Pflegeinstruments als Auskunfts- und DRG-Weiterentwicklungssystem. Schließlich werden die notwendigen Entscheidungen auf den von den Selbstverwaltungspartnern zum 1. Januar 2002 in Kraft gesetzten Deutschen Kodierrichtlinien aufbauen.

3. Welche Teile des von der DKG für ein Optionsmodell entwickelten Lösungsvorschlags hält das BMG für geeignet, und inwieweit wird es diese in eine Rechtsverordnung übernehmen?

Das BMG wird nicht nur die Positionen der DKG, sondern auch diejenigen der anderen Selbstverwaltungspartner in seine Entscheidung einbeziehen. Über die Aufnahme einzelner Lösungsvorschläge in eine Rechtsverordnung des BMG kann erst entschieden werden, wenn die Kalkulation des Fallpauschalenkatalogs abgeschlossen ist. Die Entscheidungen wird das BMG eigenverantwortlich treffen.

Kritische Punkte des von der DKG befürworteten Konzepts für das Optionsmodell sind insbesondere die unveränderte Übernahme der australischen Klassifikation einschließlich der unkritischen Übernahme aller im australischen Bundesstaat Victoria geltenden Regelungen.

4. Beabsichtigt die Bundesregierung, in der Rechtsversordnung einen Mix aus australischem und deutschem System vorzunehmen?

Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG haben in ihrem Vertrag vom 27. Juni 2000 vereinbart, einen deutschen DRG-Fallpauschalenkatalog auf der Grundlage des von ihnen ausgewählten australischen AR-DRG-Systems

zu entwickeln. Weiter wurde vereinbart, die Bewertungsrelationen auf der Basis deutscher Ist-Kostendaten zu kalkulieren. Dementsprechend soll die Kalkulation des Fallpauschalenkatalogs für das Optionsjahr 2003 mit deutschen Ist-Kostenwerten erfolgen. Nur soweit keine hinreichenden Werte vorliegen, können für die Ermittlung deutscher Bewertungsrelationen auch hilfsweise australische Werte herangezogen werden (§ 17b Abs. 4 Satz 3 KHG). Grobanpassungen des australischen Kataloges an die deutschen Gegebenheiten sollen erfolgen, soweit dies erforderlich erscheint. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 1 verwiesen.

5. Warum folgt die Bundesregierung nicht dem Appell der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 25. Juni 2002 (ausgenommen AOK-Bundesverband), den Krankenkassen und den Krankenhäusern Zeit zu lassen, ein auf deutsche Verhältnisse angepasstes und fachlich fundiertes Fallpauschalensystem in Deutschland zu entwickeln?

Die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG hatten seit Verabschiedung der GKV-Gesundheitsreform 2000 $2^1/_2$ Jahre Zeit, die DRG-Einführung und -Entwicklung voranzutreiben. Die Krankenhäuser haben sich in den letzten Jahren – mit z. T. erheblichem zeitlichen und finanziellen Engagement – auf die DRG-Einführung vorbereitet. Eine große Anzahl von Krankenhäusern aller Trägergruppen möchte von der Möglichkeit einer frühzeitigen DRG-Abrechnung auf freiwilliger Basis Gebrauch machen.

6. Von wem stammt das Konzept für das von der Bundesregierung gewählte Procedere für die Ersatzvornahme?

Vom BMG.

7. Welchen Krankenhausträgern kommt die Einführung des Optionsmodells zum 1. Januar 2003 zugute?

Zweck des Optionsjahres ist das Einüben des neuen Systems. Das ist ein grundsätzlich trägerunabhängiges Anliegen vieler Krankenhäuser. Trägerbezogene Differenzierungen in Gewinner und Verlierer sind schon in Anbetracht des bislang erreichten Entwicklungsstandes der DRG-Arbeiten nicht tragfähig. Im Übrigen ist auf die Antworten zu den Fragen 9 und 10 zu verweisen, wonach 60 Prozent aller Krankenhäuser bereits 2003 ihre Leistungen auf DRG-Basis abrechnen wollen.

8. Wer will sich von den deutschen zugelassenen Kliniken an dem Optionsmodell im Jahre 2003 beteiligen?

Klarheit in dieser Frage ist erst zum 31. Oktober 2002 möglich, wenn nach § 17b Abs. 4 Satz 7 KHG die Krankenhäuser ihre Teilnahme am Optionsmodell erklären müssen.

9. Wie hoch ist der Anteil der zugelassenen Krankenhäuser, die von dem Optionsmodell Gebrauch machen wollen, gemessen an der Gesamtzahl der deutschen zugelassenen Krankenhäuser?

10. Welche Umfragen und Auswertungen liegen der von der Bundesregierung gemachten Aussage zugrunde, 60 % aller deutschen Krankenhäuser wollten 2003 mit der Erprobung eines neuen Vergütungssystems beginnen (vgl. Presseinformation des BMG Nr. 79 vom 24. Juni 2002)?

Aufgrund von Umfrageergebnissen des Deutschen Krankenhausinstituts e. V. (DKI) haben 60 % aller Krankenhäuser solche Absichten geäußert (Deutsches Krankenhausinstitut e. V., Krankenhaus Trend 2001, http://www.dki.de/dokumente/T2001.pdf). Die Werte basieren auf einer Befragung von 402 Krankenhäusern zum Erhebungszeitpunkt Oktober 2001.

11. Wie will die Bundesregierung sicherstellen, dass es durch die Einführung des Optionsmodells nicht zu einer Abkoppelung der großen privaten Kliniken von den kleinen sowie den Krankenhäusern in frei gemeinnütziger und kommunaler Trägerschaft kommt?

Es ist nicht erkennbar, dass durch den frühzeitigen Umstieg im Rahmen des Optionsmodells oder durch die DRG-Einführung insgesamt größenklassen- oder trägerspezifische Wirkungen eintreten. Zudem sieht das Gesetz eine budgetneutrale zweijährige Einführungsphase sowie Rahmenbedingungen vor, die den Umstellungsprozess bis Ende 2006 abfedern. Nach Abschluss der budgetneutralen Phase sichert das Fallpauschalengesetz Krankenhäuser, die zur Grundversorgung der Bevölkerung in ländlichen Bereichen erforderlich sind, besonders ab. Wird ein Krankenhaus benötigt, weil kein anderes Krankenhaus in zumutbarer Entfernung zur Verfügung steht, so erhält das Krankenhaus zusätzlich zu den Fallpauschalen „Sicherstellungszuschläge“. Diese ermöglichen auch bei geringeren Leistungszahlen, den Betrieb des Krankenhauses fortzuführen. Es kommt somit auf den tatsächlichen Versorgungsbedarf der Bevölkerung an.

12. Wie bewertet die Bundesregierung eine Spezialisierung und Konzentrierung stationärer Leistungen infolge des neuen Vergütungssystems bei Betreibern von privaten Kliniken und Klinikketten?

Spezialisierung ist kein Selbstzweck. Sie ist sinnvoll, wenn dadurch die Qualität verbessert werden kann. Das ist grundsätzlich unabhängig von der Trägerschaft zu bewerten. Eine infolge des neuen Vergütungssystems eintretende Konzentrierung stationärer Leistungen bei Betreibern privater Kliniken oder Klinikketten ist aus Sicht der Bundesregierung nicht erkennbar. Anpassungsbedarfe werden sich bei allen Krankenhäusern stellen.

13. Wie will die Bundesregierung bundesweit in Zukunft eine stationäre Versorgung in der Fläche sicherstellen, wenn das neue Vergütungssystem zu Spezialisierung und Konzentrierung stationärer medizinischer Leistungen führt?

Die Sicherstellung der stationären Versorgung obliegt auch in Zukunft den Ländern. Mit dem DRG-Fallpauschalensystem kann die Krankenhausplanung auf einer differenzierteren und damit stärker am tatsächlichen Bedarf orientierten Datenbasis als bislang erfolgen. Hierfür erhalten die Länder zukünftig von der DRG-Datenstelle auf Bundesebene Daten über jeden Krankenhausfall, die ihnen alle für die Planung erforderlichen Auswertungen erlauben. Zudem ist

nicht zu erwarten, dass stationäre Leistungen nur noch in spezialisierten Einrichtungen erbracht werden.

14. Wie ist das BMG personell und fachlich ausgerüstet, um die Ersatzvornahme vorzunehmen?

15. Welche Personen, welche Institute, Verbände und/oder private Unternehmen sollen das BMG bei der Erarbeitung einer Rechtsverordnung unterstützen?

16. Welche Leistungen/Hilfestellungen werden von diesen Dritten konkret erbracht?

Das BMG verfolgt und analysiert von Anfang an die Aktivitäten der Selbstverwaltungspartner zur Entwicklung des Systems. Neben dem zuständigen Fachreferat, das mit vier Personen besetzt ist, stehen für juristische und medizinische Fragestellungen weitere Referate mit ihrer Fachkompetenz zur Verfügung.

Eine Unterstützung des BMG bei der Erarbeitung einer Rechtsverordnung durch externe Dritte findet im Rahmen von § 17b Abs. 7 Satz 3 KHG statt. Hiernach kann das BMG sich von unabhängigen Sachverständigen beraten lassen und das InEK beauftragen, nähere Auskünfte zu geben sowie Lösungsvorschläge zu erarbeiten oder erarbeiten zu lassen.

Zu den Abrechnungsbestimmungen und zur Grenzverweildauer-Ermittlung und -Vergütung hat das BMG eine unabhängige Sachverständigengruppe gebildet. Sie setzt sich zusammen aus Experten von Krankenhäusern, Krankenkassen, dem InEK, dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen und privaten Beratungsunternehmen.

Entsprechend der gesetzlichen Bestimmungen soll zudem das InEK das BMG bei einzelnen Projektschritten zur fristgerechten Umsetzung des Optionsmodells unterstützen; es kann in diesem Rahmen auch Aufträge an externe Dritte vergeben. Dies wird zur Wahrung einer fristgerechten Erarbeitung des ersten deutschen Fallpauschalenkatalogs voraussichtlich erforderlich sein.

Durch Werkvertrag vom 18. Juni 2002 haben die Selbstverwaltungspartner nach § 17b KHG die Firma SBG mit der Erstellung eines deutschen DRG-Definitionshandbuchs, eines so genannten Logical Mappings der Prozedurenkodes mit OPS-Zuweisung zu den DRG-Fallgruppen, einem ICD-Abgleich zwischen australischer und deutscher Version sowie der Übersetzung der australischen Grouper-Spezifikationen beauftragt. Mit gleichem Vertrag wurde die Firma 3M Medica von den Selbstverwaltungspartnern mit der Entwicklung eines EDV-gestützten DRG-Definitions-Pflegeinstruments als Auskunfts- und DRG-Weiterentwicklungssystem beauftragt.

17. Wie hoch sind die finanziellen Aufwendungen, die das BMG für die Inanspruchnahme von Leistungen/Hilfestellungen Dritter hat?

18. Wo und wie sind diese Ausgaben im Haushalt 2002 und/oder Haushalt 2003 veranschlagt worden?

Für die Sitzungen mit den genannten Sachverständigen sind dem BMG finanzielle Aufwendungen in Höhe von bislang 12 583 Euro entstanden. Die Veranschlagung der Ausgaben für die Sachverständigen erfolgte im BMG-Haushalt 2002 im Rahmen der entsprechenden Haushaltsstelle 1501-52602. Die Aufwendungen für die vom InEK vergebenen bzw. zu vergebenden Aufträge werden nicht vom BMG getragen, sondern sind aus dem DRG-Systemzuschlag

nach § 17b Abs. 5 KHG zu decken. Die Ausgaben des InEK wären auch bei einer erfolgreichen Umsetzung des Optionsmodells durch die Selbstverwaltungspartner entstanden.

19. Wird das BMG eine öffentliche Ausschreibung vornehmen, um die erforderlichen Leistungen/Hilfestellungen von Dritten zu erhalten?

    Wenn nein, warum nicht?

20. Ist beabsichtigt, Aufträge an Dritte (sog. Fremdaufträge) mit Auftragssummen unterhalb der in den EU-Vergaberichtlinien gesetzten Mindestgrenzen zu vergeben?

Die Vergabeordnung für Leistungen sieht als Ausnahmetatbestände, die eine freihändige Auftragsvergabe rechtfertigen, u. a. vor, dass die Erbringung der Leistung besonders dringlich ist oder der Auftragnehmer über eine besondere Expertise verfügt. Je nach konkretem Auftragsgegenstand kann dies im konkreten Fall durchaus gegeben sein. Dabei kann im Einzelfall auch eine Unterschreitung der europarechtlichen Ausschreibungsgrenzen eintreten. Die gesetzlich vorgesehene Optionsmöglichkeit für eine DRG-Abrechnung im Jahr 2003 kann von den Krankenhäusern nur wahrgenommen werden, wenn das BMG umgehend Aufträge erteilt, in deren Rahmen die von den Selbstverwaltungspartnern nicht erledigten Arbeitsschritte unmittelbar angegangen werden.

21. Bestehen zwischen dem/den beauftragten Dritten und großen privaten Kliniken/und Klinikketten geschäftliche oder wirtschaftliche Beziehungen?

    Wenn ja, welcher Art sind diese?

22. In welcher Art und Weise profitieren die Auftragnehmer von der Einführung des neuen Fallpauschalensystems?

Grundsätzlich muss davon ausgegangen werden, dass alle potentiellen Auftragnehmer hinreichend in die Strukturen des deutschen Krankenhausbereichs eingebunden sind. Dabei dürften regelmäßig geschäftliche Beziehungen mit Krankenhäusern aller Trägergruppen und aller Größenklassen bestehen.

Ob vertraglich vereinbarte Vergütungen bei Auftragnehmern zu einem Überschuss führen, entzieht sich der Beurteilungsmöglichkeit des BMG.

23. Mit welchen Arbeiten waren oder sind die Auftragnehmer im Kliniksektor tätig?

Für die Firmen 3M und SBG ist auf den bereits in der Beantwortung zu Frage 2 erwähnten Vertrag mit den Selbstverwaltungspartnern zu verweisen.

Zum Leistungsangebot der Firma 3M gehören zudem Benchmarking-Vergleiche, Fallkostenkalkulation, die Entwicklung von Software-Lösungen für Krankenhäuser im DRG-Umfeld (u. a. Grouper) sowie Beratungen und Schulungen.

Das Angebot der Firma SBG umfasst ebenfalls Software-Lösungen für Krankenhäuser im DRG-Umfeld (u. a. Kodierprogramme, Grouper), Pflege und Weiterentwicklung von medizinischen Schlüsselsystemen sowie Beratungen und Schulungen (u. a. Kodierung).

24. Wie wird das BMG sicherstellen, dass bei der Umsetzung des DRG-Übergangsmodells 2003 keine monopolähnlichen Strukturen auf der Seite der Auftragnehmer/Subunternehmer entstehen?

Es ist beabsichtigt, die Ergebnisse des von den Selbstverwaltungspartnern mit den Firmen 3M Medica und SBG geschlossenen Werkvertrages frühzeitig zu veröffentlichen. Voraussichtlich wird dies Anfang August erfolgen. Die erste Version des Fallpauschalenkataloges (ohne Bewertungsrelationen) und die Übersetzung der australischen Grouper-Spezifikationen können als Grundlage für die Entwicklung von Grouper-Software in Deutschland genutzt werden. Eine frühzeitige Veröffentlichung, voraussichtlich Anfang September, ist auch für den Fallpauschalenkatalog nach Abschluss der Kalkulation geplant.

Angesichts eines Marktes von konkurrierenden Software- und Beratungsleistungen im DRG-Umfeld ist zudem die Gefahr monopolähnlicher Strukturen auf der Angebotsseite nicht zu erkennen. Das BMG wird über die Ergebnisse der Teilarbeitsschritte eine möglichst frühzeitige öffentliche Information sicherstellen.

25. Durch welche Maßnahmen beabsichtigt das BMG sicherzustellen, dass die Daten zur Kalkulation deutscher Relativgewichte für das Übergangsmodell 2003 auf der Basis der deutschen Kodierrichtlinien ermittelt werden?

Im Rahmen der zwischen dem InEK und rd. 280 Krankenhäusern geschlossenen Vereinbarung über die Teilnahme an der Kalkulation von Fallkosten in einem deutschen DRG-System haben sich die Kalkulationsdaten liefernden Krankenhäuser verpflichtet, fallbezogene Leistungs- und Kostendaten nach bestimmten Vorgaben zu erheben und zu übermitteln. Die Kodierrichtlinien sind durch Anlage 2 des Vertrages verbindlich für die zu liefernden Daten.

26. Aufgrund welcher Maßgaben kann bzw. wird das BMG sicherstellen, dass die vom „Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH“ (InEK) beauftragte Entwicklung einer Mappingtabelle (Handbuch) auf ausreichend validierten Daten basiert?

Die von den Selbstverwaltungspartnern gegründete Arbeitsgruppe Klassifikation hat mit der Firma SBG, die von der Selbstverwaltung mit der Ausführung des Mappings betraut wurde, eine differenzierte Methodik für die Durchführung abgestimmt.

27. Wie und durch welches Verfahren ist – angesichts des engen Zeitplans – sichergestellt, dass Länder, Verbände und Ressorts ausreichend Zeit und Gelegenheit erhalten, sowohl zu Teilaspekten als auch zu dem gesamten Referentenentwurf Stellung zu nehmen?

28. Wie begründet die Bundesregierung unter dem Aspekt der Rechtssicherheit und Rechtsstaatlichkeit ihre Auffassung, ein bis Ende September 2002 zu erstellender Referentenentwurf biete für die Krankenhäuser ausreichend Sicherheit für ihre bis zum 31. Oktober 2002 zu treffende Entscheidung einer Teilnahme an dem Optionsmodell (vgl. Gesundheitspolitischer Informationsdienst/Gid Nr. 23 vom 28. Juni 2002)?

Ebenso wie bei anderen Verordnungsverfahren ist im Rahmen der zeitlichen Möglichkeiten vorgesehen, entsprechende Anhörungen durchzuführen.

Es ist beabsichtigt, Regelungskomplexe der Rechtsverordnung wie die Abrechnungsbestimmungen und die Bestimmung der Grenzverweildauer bereits frühzeitig mit den Selbstverwaltungspartnern zu diskutieren. Kalkulationsergebnisse werden voraussichtlich bereits Anfang September 2002 bekannt gegeben, so dass den Krankenhäusern ausreichend Zeit für eine Entscheidung zur Teilnahme am Optionsmodell verbleibt. Ziel ist der Erlass der Rechtsverordnung noch im September 2002.

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333